

DATOS GENERALES

- AUTORIZACION TELEFONICA / ON LINE**

Todos los planes.

Para validar ingresar el CUIL del afiliado. **NO DEBE INGRESAR DOBLE CERO AL FINAL DEL NÚMERO.**

Ej. 20061911597

Cargar: 20061911597

Para los planes 16282, 16316, 16317, 16333, 16334, 16335 se deberá ingresar el código de autorización del comprobante de entrega de medicamentos en el campo número de receta.

RECETARIO

- TIPO**

.Planes 15259, 15260, 15261, 15262, 15263, 15264, 6319, 18265, 18266: Particular.

.Plan 16282: Comprobante de entrega de medicamentos para pacientes crónicos.

.Plan 16316: Particular más comprobante de entrega de medicamentos Psicofármacos

.Plan 16317: Comprobante de entrega de medicamentos Programa de Procreación Responsable.

.Planes 16333, 16334 y 16335: Comprobantes de entrega de medicamentos Autorizaciones Especiales.

- VALIDEZ DE LA PRESCRIPCIÓN**

.30 días.

ACREDITACIÓN

.Credencial, en la cual figure el plan

.Documento de Identidad

FIRMA DIGITAL

.No

COBERTURAS

Cód.	PLAN DE ATENCIÓN	PLAN DE LIQUIDACIÓN	OBSERVACIONES	FORMA DE PAGO
15259	CLASICO	CLASICO	D/VAD 40%	A cargo Obra Social menos aporte
15260	PMI CLASICO	PMI CLASICO	D/VAD 100 %	A cargo Obra Social menos aporte
15261	ESPECIAL	ESPECIAL	D/VAD 40%	A cargo Obra Social menos aporte
15262	PMI ESPECIAL	PMI ESPECIAL	D/VAD 100%	A cargo Obra Social menos aporte
15263	PLUS	PLUS	D/VAD 40%	A cargo Obra Social menos aporte
15264	PMI PLUS	PMI PLUS	D/VAD 100%	A cargo Obra Social menos aporte
16282	CRÓNICOS	CRÓNICOS	D/VAD 70% del Precio Referencia	A cargo Obra Social menos aporte

Cód.	PLAN DE ATENCIÓN	PLAN DE LIQUIDACIÓN	OBSERVACIONES	FORMA DE PAGO
16316	PSICOFÁRMACOS	PSICOFÁRMACOS	D/VAD 70% del precio Referencia	A cargo Obra Social menos aporte
16317	PROG. PROC RESPONSABLE	PROG. PROC RESPONSABLE	D/VAD 100 %	A cargo Obra Social menos aporte
6319	AUTORIZACIONES ESPECIALES	AUTORIZACIONES ESPECIALES	% según A.P. de la O.Social	A cargo Obra Social menos aporte
16333	AUTORIZACIONES ESPECIALES 40	AUTORIZACIONES ESPECIALES 40	40% con AP de la O.Social	A cargo Obra Social menos aporte
16334	AUTORIZACIONES ESPECIALES 70	AUTORIZACIONES ESPECIALES 70	70% con AP de la O.Social	A cargo Obra Social menos aporte
16335	AUTORIZACIONES ESPECIALES 100	AUTORIZACIONES ESPECIALES 100	100% con AP de la O.Social	A cargo Obra Social menos aporte
18265	BASICO	BASICO	D/VAD 40 %	A cargo Obra Social menos aporte
18266	PMI BASICO	PMI BASICO	D/VAD 100 %	A cargo Obra Social menos aporte
30506	AUT.ESPECIAL – PL BASICO 100	AUT.ESPECIAL – PL BASICO 100	100% con AP de la O.Social	A cargo Obra Social menos aporte
30507	AUT.ESPECIAL – PL BASICO 70	AUT.ESPECIAL – PL BASICO 70	70% con AP de la O.Social	A cargo Obra Social menos aporte
30508	AUT.ESPECIAL – PL BASICO 40	AUT.ESPECIAL – PL BASICO 40	40 % con AP de la O.Social	A cargo Obra Social menos aporte
33261	CRONICOS GENERAL	CRONICOS GENERAL	% Según Validacion On Line	A cargo Obra Social menos aporte
33259	AUTORIZACIONES ESPECIALES GENERAL	AUTORIZACIONES ESPECIALES GENERAL	% Según Validacion On Line	A cargo Obra Social menos aporte

NORMAS DE PRESTACION

- CANTIDADES RECONOCIDAS**

. Planes 15259, 15260, 15261, 15262, 15263, 15264, 18265, 18266:

Hasta 2 productos distintos por receta.

Hasta 2 envases chicos o 1 grande en uno solo de los renglones.

Hasta 5 antibióticos inyec. monodosis.

. Planes 16282, 16316, 16317, 16333, 16334, 16335, 33261 y 33259:

Hasta 1 renglón por comprobante.

Hasta 2 envases chicos o 1 envase grande

. Plan 6319: según lo autorizado.

- TROQUELADO**

Si requiere troquel con código de barras.

- VADEMECUM**

ANDAR CLASICO

ANDAR ESPECIAL

ANDAR PLUS

RESOLUCION 310/04.

- PROHIBICIONES**

Todos los productos fuera de vademécum.

- **DIAGNOSTICO**

Si requiere.

OBSERVACIONES

- **MODALIDAD OPERATIVA**

RECORDATORIO:

Los alimentos infantiles en todos los casos deberán constar con la autorización de Auditoría Médica.

El médico deberá prescribir: Droga, Forma Farmacéutica, Concentración, cantidad de unidades y cantidad de envases. En caso de sugerir una marca comercial, debe constar el nombre de la droga pero la forma farmacéutica concentración y cantidad de unidades, puede estar definido en la Indicación del producto sugerido.

MODALIDAD DE ATENCIÓN PACIENTES CRÓNICOS O PROG. PROCREACIÓN RESPONSABLE

.Planes 16282 y 16317:

Para acceder al Programa de Seguimiento de Patologías Crónicas o al Programa de Procreación Responsable el afiliado deberá presentar su historia clínica en la Obra Social.

La Obra Social autorizará las drogas que estén dentro del Vademécum de la Resolución 310/04.

La Obra Social le entregará al afiliado un comprobante de entrega de medicamentos para pacientes con Patologías Crónicas o para el Programa de Procreación Responsable pre impreso de un solo renglón.

El comprobante de entrega de medicamentos contar de:

- .. Datos del Afiliado.
- .. Fecha de inicio del tratamiento, fecha de entrega y fecha de vencimiento del mismo.
- .. Droga, Forma Farmacéutica, Concentración, Nombre Comercial y Presentación.
- .. Cobertura según el plan.
- .. Datos del Médico Prescriptos.

Cumplidas las etapas señaladas, el afiliado estará habilitado para concurrir a su Farmacia con el comprobante respectivo.

El Farmacéutico deberá firmar, sellar y completar todos los datos que el comprobante exija.

Debe constar firma, aclaración y D.N.I del Paciente o de quien retira los medicamentos.

.Plan 16316: Los requisitos son los mismos que para los planes 16282 y 16317 con la salvedad de que el afiliado deberá presentar en la farmacia receta duplicada para archivar prescripta por el médico más el comprobante respectivo.

.AUTORIZACIONES ESPECIALES (Planes 16333, 16334, 16335, 30506, 30507 y 30508): La Obra social le entregará al afiliado un comprobante de entrega de medicamentos para autorizaciones especiales al 40%, 70% o 100% según corresponda.

IMPORTANTE: NUEVOS PLANES DE ATENCIÓN CRONICIDAD Y AUTORIZACIONES ESPECIALES

A partir del 08/09/2023 se habilitaron dos nuevos planes de atención: CRÓNICOS GENERAL (Incluye anticonceptivos) y AUTORIZACIONES ESPECIALES GENERAL. Estos nuevos planes coexistirán con los anteriores (entrega de voucher).

A continuación adjuntamos los nuevos modelos de formularios que presentarán los afiliados donde se visualiza en el margen superior izquierdo el plan a utilizar para generar la validación online.

En función al comprobante que presente el afiliado (voucher o nuevo modelo de autorización) la farmacia deberá ingresar al plan que corresponda.

PLAN CRONICO GENERAL

FICHAS CONTROL DE DOSIS										FEFARA
CONVENIO		ANDAR Cronicos GENERAL							06/09/23	
AFILIADO		Nombre: Número:								
CONTROLES										
Id	Droga	Dosis Diaria	Días trat.	Producto	% Cob.	Médico	Matricula	Vigencia	Venc.	
56407787	Latanoprost	20 MG	180					06/09/23	04/03/24	
56407786	Dorzolamida + Timolol	20 MG	30					06/09/23	06/10/23	
OBSERVACIONES										
Control		Observaciones								

PLAN AUTORIZACIONES ESPECIALES GENERAL

FICHAS CONTROL DE DOSIS										FEFARA
CONVENIO		ANDAR Autoriz. Especiales GENERAL							06/09/23	
AFILIADO		Nombre: Número:								
CONTROLES										
Id	Droga	Dosis Diaria	Días trat.	Producto	% Cob.	Médico	Matricula	Vigencia	Venc.	
56358374	Sodio Divalproato	1620 MG	50		100			05/09/23	25/10/23	
56358361	Midazolam	15 MG	30		100			05/09/23	05/10/23	
56358362	Sertalina	200 MG	30		100			05/09/23	05/10/23	
56358366	Topiramato	100 MG	30		100			05/09/23	05/10/23	
56358356	Quetiapina	300 MG	30		100			05/09/23	05/10/23	
56358359	Clonazepam	4 MG	30		100			05/09/23	05/10/23	
OBSERVACIONES										
Control		Observaciones								

MODELO DE VOUCHER EXISTENTE HASTA CULMINAR SU VIGENCIA

ANDAR COMPROBANTE DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS CRONICOS										Nº	
NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO			Nº DE FICHA DE TRATAMIENTO		FECHA DE INICIO TRATAMIENTO			Troquel 1			
			0 (985943)								
NUMERO DE AFILIADO		Nº DE DOCUMENTO	CODIGO DE AUTORIZACION			FECHA DE ENTREGA			Troquel 2		
DIAGNOSTICO			FECHA DE VENC. COMPROBANTE								
HIPOTIROIDISMO OTRO											
Droga	Forma Farm.	Concen.	Cant. Unid.	Envases Nro.	Letras	Dosis Diar.Tot.	Días Trat.	Autor.	Env.	Precio Unic.	Importe
LEVOTIROXINA	COMPRIMIDOS	MCg 50	50	1	UNO	2500	200	\$2.127,42			
T4 MONTEPELLIER 50 - 50 mcg comp.x 50											
DATOS DEL PRESCRIPTOR			DATOS DEL AFILIADO			FIRMA Y SELLO DEL FARMACEUTICO			TOTAL		
NOMBRE Y APELLIDO			FIRMA Y ACLARACION						A CARGO AFILIADO		
MEDICO PRESCRIPTOR						A CARGO OBRA SOCIAL					
MATRICULA			DOMICILIO:			A CARGO COSEGURO					
80000-0			DNI/LC/LE:								